

Name: Vorname:
Geb.-Datum: Beruf:
Telefon: Straße:
Telefon Angehörige (für Notfall):
PLZ: Ort :
E-Mail-Adresse

Bankverbindung für Erstattungen:

Name der Bank: Kontoinhaber:
IBAN: BIC:

Schwerbehindertenausweis Nein ☐ Ja ☐ mit (GdB) Merkzeichen
Pflegegrad Pflegeversicherung 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Behandelnder Arzt (Hausarzt):
Adresse:
Tel:

Behandelnder Neurologe:
Adresse:
Tel:

Anreisewunsch in Kalenderwoche:

Wir versuchen Ihren Terminwunsch zu berücksichtigen, können dies aber nicht garantieren!
Aktuell benötigen wir eine Vorlaufzeit von ca. 8 Wochen

Diagnose:

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Bewegung	Sie sind unabhängig und können mindestens 50 m ggf. mit Gehstützen gehen	☐
	Sie können mindestens 50 m mit geringer Hilfe gehen	☐
	Sie können höchstens 50 m mit geringer Hilfe gehen oder mindestens 50 m allein mit dem Rollstuhl fahren	☐
	Sie können sich selbst im Rollstuhl nicht oder höchstens 50 m fortbewegen	☐

Rollstuhltransfer, umsetzen vom Bett zum Rollstuhl, Roll- stuhl zum Bett	Sie sind unabhängig und vollmobil	☐
	Sie brauchen geringe Hilfe	☐
	Sie können aufsitzen, brauchen jedoch Hilfe zum Umsetzen	☐
	Sie können sich selbst nicht aufsetzen	☐

Treppensteigen	Sie sind unabhängig, gehen ggf. mit Gehhilfe	☐
	Sie brauchen Hilfe	☐
	Sie können keine Treppen steigen	☐

Persönliche Pflege	Sie können sich selbst waschen, kämmen und/oder rasieren und sich selbst die Zähne putzen ☐ Sie brauchen Hilfe ☐	
Toilette	Sie sind unabhängig bei der Benutzung der Toilette oder Bettschüssel ☐ Sie brauchen Hilfe, z.B. für Gleichgewicht, Papier oder Kleiderhandhabung ☐ Sie können nicht allein auf die Toilette ☐	
Duschen	Sie können ohne Hilfe duschen ☐ Sie brauchen Hilfe ☐	
Ankleiden	Sie können sich unabhängig ankleiden und die Schuhe anziehen ☐ Sie sind hilfsbedürftig, kleiden sich aber mindestens zur Hälfte selbst an ☐ Sie sind völlig hilfsbedürftig ☐	
Urinkontrolle	Sie sind kontinent oder können Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen ☐ Sie sind teilweise inkontinent / brauchen Hilfe beim Katheter ☐ Sie sind inkontinent und können Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen ☐	
Stuhlkontrolle	Sie sind kontinent ☐ Sie sind mit Hilfe kontinent oder gelegentlich inkontinent ☐ Sie sind dauernd inkontinent ☐	
Essen	Sie sind unabhängig und benutzen Geschirr und Besteck ☐ Das Essen muss vorgerichtet werden aber Sie führen die Speisen selbständig zum Mund ☐ Sie sind völlig hilfsbedürftig ☐	
Besteht ein Dekubitus (Wundheilungsstörungen)?		Ja ☐ Nein ☐
Bestehen Schluckstörungen?		Ja ☐ Nein ☐
Umsetzen mit Lifter-System?		Ja ☐ Nein ☐
Haben Sie Sprachstörungen?		Ja ☐ Nein ☐
Größe: cm Gewicht: kg		
Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.		
Datum: Unterschrift:		

Hinweis: Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgetreuen Angaben behalten wir uns eine Rückverlegung am Aufnahmetag vor.